Vol. VIII • Número 2 • Agosto 2006

Artículo de investigación

Relación de los trastornos mentales con la evolución del síndrome coronario agudo

(Informe preliminar)

JORGE POSADAS ESCUDERO
CARLOS ROJAS MALPICA

INTRODUCCIÓN

Cuatrocientos cincuenta millones de personas están afectadas hoy por problemas mentales, neurológicos o conductuales. (1) La Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatiza este hecho, pues quienes padecen tales trastornos llevan una inmerecida carga porque son víctima de severas violaciones de sus derechos humanos. (2)

La ansiedad y la depresión mayor son los trastornos psiquiátricos más frecuentes, y los que presentan mayor tendencia a ser intercurrentes entre sí. (3) Los trastornos de ansiedad preceden con frecuencia a la depresión mayor, y ambos son terreno propicio para que aparezcan trastornos físicos de diferente tipo, como el dolor crónico, por ejemplo. (4)

La enfermedad cardiovascular considerada primera causa de muerte en todo el mundo, trae consigo la intercurrencia con otras patologías, y este fenómeno incrementa el riesgo. (5) Es un hecho demostrado que la depresión

RESUMEN

Objetivo: Estudiar la relación entre los trastornos mentales y la evolución del Síndrome Coronario Agudo.

Método: Se realizó una Entrevista Clínica Estructurada del Eje 1 del DSM-IV (SCID-1) y se evaluó el riesgo cardiovascular mediante la escala TIMI a 109 pacientes. Se especificaron los diagnósticos psiquiátricos según el sexo y se formaron dos grupos de pacientes: con diagnóstico positivo o con diagnóstico negativo de trastorno mental según el SCID-1.

Resultados: En las entrevistas se encontró un 26% de sujetos que llenaron criterios diagnósticos de trastorno mental. El ataque coronario fue más frecuente en el hombre; el riesgo TIMI fue leve o moderado en el hombre (71,4%), y moderado a severo en la mujer (78,1%). Esta diferencia da un Chi^2 de 11,48 P = ‹ 0,05.

Conclusiones: La diferente prevalencia de trastornos mentales y el tipo de secuela cardiaca del SCA en ambos sexos coincide con informes publicados por la OMS.

Palabras clave: Trastorno mental, SCA, DSM-IV, SCID-1, Prevalencia.

SUMMARY

Objective: To study the relationship between mental disorders and the course of the Acute Coronary Syndrome.

Method: The Structured Clinical Interview for Axis 1 of the DSM-IV (SCID-1) and the TIMI Scale were administered to 109 in-patients. Psychiatric diagnoses were specified according to gender. Cardiovascular risk was assessed with the TIMI scale to construct two groups according to SCID-1: patients either with mental disorders or without them.

Results: 26% of the population met diagnostic criteria for mental disorder. The coronary attack was more frequent in males and the severity of it was worse in females. TIMI risk was mild to moderate in men (71.4%) and moderate to severe (78.1%) in women. This reveals an 11.48 Chi^2 with a P value = ‹ 0.05

Conclusions: The gender-different prevalence of mental disorders as well as type of cardiac sequel of the ACS is similar to the data that's been reported by WHO.

Key words: Mental Disorder, ACS, DSM-IV, SCID-1, Prevalence

Artículo recibido 7-03-06 • Corregido 28-07-06 • Aceptado 28-07-06

mayor y los trastornos de ansiedad elevan la posibilidad de muerte súbita cuando se presentan con enfermedad arterial coronaria. (6,7) Y, como si fuese un intercambio de patologías, o se tratara de una misma enfermedad con expresiones diferentes, un sujeto que presenta un Síndrome Coronario Agudo (SCA) tiene tres veces más posibilidades de desarrollar un trastorno depresivo. (6)

En la medida en que aumentan los estudios de intercurrencia de los trastornos mentales con cuadros no psiquiátricos –particularmente con los trastornos depresivos y de ansiedad- se comprueba la repercusión en el ámbito laboral, y es más demostrable su relación con la muerte súbita. (5)

Para investigar la relación entre los trastornos mentales y la evolución del síndrome coronario agudo, como se plantea en este estudio, se requiere una base firme que permita establecer valores pronóstico de las enfermedades a las cuales se les hará seguimiento. Con este fin se utiliza la puntuación de riesgo TIMI, a partir de los criterios sentados por Morrow y colaboradores. (8)

Los pacientes a estudiar –como los del estudio longitudinal de Frassure-Smith y colaboradores (6,7,11), que se ha tomado como modelo, serán los que ingresen por presentar un Síndrome Coronario Agudo (SCA), (9) definido éste como: Un espectro de condiciones que incluye molestias en el tórax, u otros síntomas causados por pérdida de oxígeno en el músculo cardíaco (el miocardio).(10)

La unificación de estas manifestaciones de enfermedad arterial coronaria bajo un término común refleja el criterio de que los trastornos se deben a una fisiopatología similar (secuencia de eventos patológicos) caracterizados por erosiones, fisuras, o rupturas de placas pre-existentes, que llevan a la trombosis dentro de las arterias coronarias, con el consecuente impedimento de una irrigación adecuada del músculo cardíaco. El término SCA engloba la angina inestable, el infarto del miocardio sin elevación del segmento ST (la elevación del segmento ST generalmente está ausente) e infarto del miocardio con elevación del segmento ST (la elevación del segmento ST generalmente está presente). (8)

Método

Los trabajos de Frassure-Smith, Lesperance y col. (11) –como se ha dicho antes- sirvieron de modelo a esta investigación, en la que se estudia la relación entre los trastornos mentales y la evolución del SCA. Los autores antes mencionados han seguido, durante años, a los pacientes que ingresaron a dos hospitales de Montreal, Canadá, por presentar el Síndrome Coronario Agudo, como patología única en un grupo, y en el segundo grupo el SCA acompañado de trastornos depresivos. El seguimiento prospectivo de esa población demuestra que el riesgo de muerte del sujeto con SCA aumenta cuando está presente la depresión mayor. (7)

El estudio propuesto –cuyos resultados se presentan aquí de manera parcial- es inductivo, de características tangibles y matriz epistemológica positivista, con paradigma cuantitativo; es explicativo, longitudinal, prospectivo, y su duración es limitada.

Tabla I. Distribución de los pacientes en estudio según edad

Edad	Masculino		Femenino		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
36 – 45	16	20.8	2	6.3	18	16.5
46 – 55	17	22.3	2	6.3	18	16.5
56 – 65	19	24.7	13	40.6	32	29.4
66 – 75	19	24.7	10	31.3	29	26.6
76 – 86	5	6.5	4	12.5	9	8.3
TOTAL	76	100.0	32	100.0	109	100.0

Participantes

La población está constituida por los pacientes admitidos al Centro de Atención Cardiovascular Centroccidental (ASCARDIO), y a la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda" (HCU-AMP) por presentar un SCA. Son criterios de exclusión la incapacidad para la comunicación verbal y la dificultad para la ubicación geográfica, a saber: domicilio no localizable y/o carencia de teléfono.

Procedimiento

Previo consentimiento informado se incluye a todos los pacientes mayores de dieciocho años que estén en condiciones para responder a un(a) entrevistador(a) durante unos cuarenta minutos.

El lapso de recolección de la muestra coincide con las actividades académicas de la Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA), y se extenderá hasta obtener un número que se considere significativo.

El abordaje se hace con la Entrevista Clínica Estructurada para el Eje I (SCID-1) (12) del Manual de Diagnóstico y Estadístico IV de la Asociación Psiquiátrica Americana. (DSM-IV). (13)

El número de sujetos que se considera adecuado es de 98 a 130, esto permitirá comprobar o rechazar la hipotética relación existente entre los trastornos mentales y la evolución del SCA en la población que se estudia, como ha sido probado por diversos autores en otros países. [5,6,7,11,14] Al seguir estas especificaciones es de esperar que cuando se realice la segunda entrevista a la población admitida para este estudio, y concluido el mismo, los resultados tengan un 95% de confianza, 5% de posibilidades de error y una prevalencia teórica de 15%. (6, 7, 11)

Instrumentos de medición

El riesgo cardiovascular se evalúa mediante la escala TIMI, que mide el riesgo de muerte de la siguiente manera:

- Aumento del riesgo de muerte durante los siguientes treinta días debido a SCA por IM con elevación del segmento ST (IM con STE) en el trazado del ECG, y
- Aumento del riesgo de muerte durante los siguientes catorce días debido a SCA por Angina Inestable, o IM sin elevación del segmento ST (AI o IM sin STE) en el trazado del electrocardiograma.

Los criterios diagnósticos de los diferentes trastornos psiquiátricos se evalúan por medio del DSM-IV.(13) La

Tabla II. Distribución de los pacientes en estudio según Diagnóstico Psiquiátrico y sexo

Dx Psiquiátrico	Masculino		Femenino		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguno	56	72.7	25	78.1	81	74.3
Episodio depresivo mayor	5	6.5	1	3.1	6	5.5
Episodio maniaco	1	1.3	0	0.0	1	0.9
Tr. Distímico	2	2.6	0	0.0	2	1.8
Tr. Depresivo mayor	3	3.9	3	9.4	6	5.5
Abuso de alcohol	5	6.5	0	0.0	5	4.6
Tr. de angustia	2	2.6	1	3.1	3	2.8
Tr. de estrés postraumático	2	2.6	1	3.1	3	2.8
Tr. adaptativos	1	1.3	0	0.0	1	0.9
18	0	0.0	1	3.1	1	0.9
TOTAL	77	100.0	32	100.0	109	100.0

Tabla III. Distribución de los pacientes en estudio según escala Timi y sexo

Escala TIMI	Masculino		Femenino		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Riesgo Leve	40	51.9	7	21.9	47	43.1
Riesgo Moderado	15	19.5	13	40.6	28	25.7
Riesgo Severo	22	28.6	12	37.5	34	31.2
TOTAL	77	100.0	32	100.0	109	100.0

Chi^2 = 11,48   P = 0,003 (s)

entrevista Clínica Estructurada (SCID-1) (12) es un cuestionario de preguntas estandarizadas y validadas, dispuestas en forma de algoritmo para cada clase de trastorno, siguiendo los criterios del DSM-IV.(13) A todos los pacientes a quienes se les haga algún diagnóstico psiquiátrico se les explora mediante el uso de la Escala de Impresión Clínica Global. (15) El profesional dejará sentada su impresión clínica por medio de una puntuación que va desde 1 = paciente en condiciones normales a 7 = severidad extrema. Esta determinación servirá para hacer seguimiento prospectivo del cuadro psiquiátrico, cuando éste se diagnostique en la entrevista inicial.

Seguimiento

El trastorno cardiovascular requiere seguimiento, el cual se hará mediante los reportes de los médicos tratantes y la comunicación telefónica con los pacientes y sus familiares.

A los pacientes se les administrará la escala SCID-1 (12) por segunda vez, al transcurrir seis meses de administrada la primera.

Por razones éticas, en cualquier caso que aparezca un diagnóstico psiquiátrico positivo el paciente será referido a consulta con el especialista.

Resultados

Los resultados obtenidos con un total de 109 pacientes entrevistados hasta elaborarse este informe preliminar se muestran en la tabla I. Como se observa la primera aparición del cuadro es más temprana en el género masculino, y la frecuencia es también mayor en ese grupo, a razón de 7/3 = -/-. Estos datos coinciden con lo descrito en otros países. (16,17,18)

A 81 pacientes (74,3%) de la totalidad no se diagnosticó trastorno mental alguno, en tanto que 28 (25,7%) sí presentaron algún trastorno de los codificados en el eje I del DSM-IV. (13)

La tabla II muestra los trastornos mentales encontrados en los pacientes. Como se observa el Trastorno Depresivo Mayor tiene la más alta puntuación con 8 sujetos, 5 hombres y 3 mujeres; luego Abuso de Alcohol (5 hombres, ninguna mujer) y Trastorno de Estrés Postraumático (2 hombres y 1 mujer). La relación numérica hombre/mujer, de estas incidencias coincide en gran parte con lo señalado en informes estadísticos, como los incluidos en el texto de la OPS *Salud Mental en el Mundo* publicado por la OPS en 1998. (19)

El compromiso cardiovascular de los sujetos se calcula por medio de la escala de riesgo TIMI. (8, 20) Este instrumento pondera la posibilidad de muerte post-infarto. Los resultados de la escala se expresan en dos niveles de severidad: Para los pacientes cuyo trazado electrocardiográfico muestre un segmento ST elevado (IM con STE), la puntuación de 0-3 es igual a riesgo leve, y 4 ó más es riesgo severo; y para los pacientes cuyo ECG no muestre elevación del segmento ST (IM sin STE) la puntuación 0-2 es igual a riesgo leve, 3-4 riesgo moderado, y 5 ó más riesgo severo.

El riesgo TIMI (Tabla II y Grafica 1), en la población estudiada muestra la tendencia a ser leve o moderado en el hombre (71,4%), y moderado a severo en la mujer (78,1%). Mediante una prueba de Chi^2 se constató que el resultado de la misma (11,48 P = < 0,05), tiene significación estadística.

Tabla IV. Distribución de los pacientes en estudio según diagnóstico cardiovascular final y sexo

	Masculino		Femenino		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Angina Inestable	18	23.4	8	25.0	26	23.9
IM no Q	33	42.9	15	46.9	48	44.0
IM Q	26	33.8	9	28.1	35	32.1
TOTAL	77	100.0	32	100.0	109	100.0

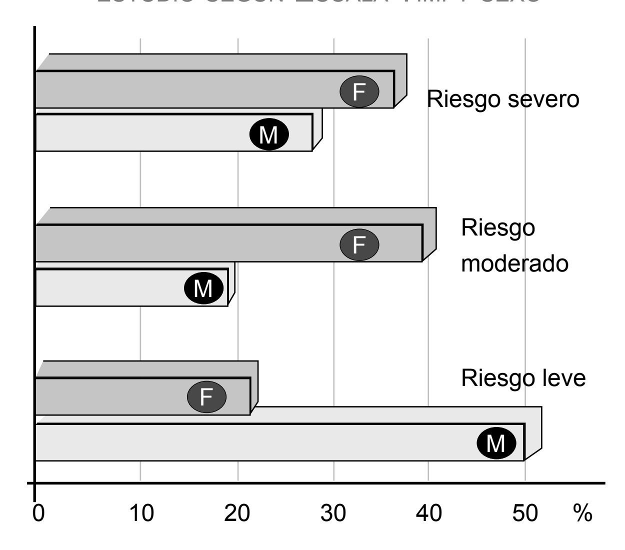
Chi^2 = 0,33 P = 0,84 (ns)

Tabla V. Distribución de los pacientes en estudio según TrM Presente y sexo

	Masculino		Femenino		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ausente	56	72.7	25	78.1	81	74.3
Presente	21	27.3	7	21.9	28	25.7
TOTAL	77	100.0	32	100.0	109	100.0

Chi^2 = 0,34 P = 0,55 (ns)

Grafica 1. Distribución de los pacientes en estudio según Escala Timi y sexo



Esto coincide con lo descrito por varios autores. (16,17,18) No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al riesgo TIMI entre el grupo con Trastorno Mental Presente y aquellos en los que no se detectó ningún trastorno mental con la entrevista estructurada.

El tipo de ataque coronario que los pacientes tuvieron se registró según el trazado electrocardiográfico, y según la frecuencia del tipo de ataque en cada sexo. (Tabla IV, Grafica 2) De los valores: Angina Inestable (AI), Infarto sin onda Q (IM no Q), e Infarto con onda Q (IM Q), se encontró una proporción mayor de AI e IM no Q en las mujeres, en los hombres predominó el IM Q. (Tabla IV y Fig. 2). La prueba de Chi^2 dio 0,33 con una P = › 0,05. No hay diferencia de significación estadística en estos valores.

La Tabla V y Grafica 3 muestra diferencia en la prevalencia del trastorno mental en los dos sexos de la población estudiada (como se observa en la Tabla IV y en la Grafica 2), se encuentra en 27,3% de los hombres y en 21,9% de las mujeres; pero conserva de manera global la proporción de presencia de trastornos mentales y de la conducta que da la OMS para la población general. (1, 2)

La Tabla IV la Grafica 4 muestran la distribución de pacientes según la escala final de riesgo TIMI, cuyos valores van desde la categoría riesgo leve, pasan por riesgo moderado y llegan a riesgo severo; agrupados en dos porciones, según esté o no presente un trastorno mental. Esto permite comparar –y ver según es notable en la Grafica 4- que no hay diferencia significativa entre ambos grupos en el momento en que se pasa la primera entrevista. Se obtiene un Chi^2 de 1,63 y una P = 0,44) es decir no hay significación estadística. Esto es compatible con los trabajos de los autores tomados como modelo. (11)

Discusión

Los resultados obtenidos hasta el momento muestran una prevalencia del sexo masculino, en una relación hombre/mujer 7/3, lo cual coincide con trabajos de otras latitudes. (16, 17, 18, 19, 21) Igualmente las cifras de trastornos mentales en alrededor de un 25% de la población estudiada coincide con lo publicado en informes como los de la OMS. (1, 2, 3, 22)

Los resultados del cálculo de riesgo TIMI corroboran las observaciones hechas por diversos autores (16, 17, 18, 23, 24, 25) acerca del riesgo alto que tiene la mujer, cuando –pasada la etapa de vida reproductiva- debe enfrentar las dificultades que desencadena un ataque cardíaco.

La semejanza de los hallazgos resumidos aquí con otros estudios citados previamente, en particular con los de Frassure-Smith, Lesperance y col (6, 7, 11); al igual que con lo expresado por Ketterer y col., (26) en cuanto a: intercurrencia de trastornos mentales y enfermedad arterial coronaria, relación numérica hombre/mujer, severidad de la afección según el género, proporción de casos de trastornos mentales similar a los de la población general, etc., podría atribuirse a varios factores, entre ellos: los sujetos que presentan el SCA e ingresan en el estudio son parte de la población general, y estuvieron sometidos a las presiones comunes de la vida diaria; la pérdida de la homeostasis, es decir el desencadenamiento de la crisis en forma de accidente coronario sería la expresión de esa pérdida por medio del órgano diana, como también podría serlo mediante una depresión, una diabetes mellitus, una hipertensión arterial sistémica, etc. Tal suceso sería el paso inicial de un desequilibrio general que apenas comienza si no se toman las medidas pertinentes. En segundo lugar, la rigurosidad taxativa del DSM-IV (13) impide incluir un porcentaje de pacientes que aunque presentan signos clínicos de algún trastorno mental no llenan los criterios diagnósticos para incluirlos en un grupo de una clase determinada. Por último, la idiosincrasia de la población estudiada seguramente influye en el manejo –y expresión clínica- que cada sujeto haga del cuadro inicial. (27, 28)

Conclusiones

Los presentes resultados corresponden a la fase preliminar de este trabajo: etapa de captación de los sujetos a entrevistar con el instrumento descrito, (12) y los resultados se interpretan de acuerdo con las pautas que determinaron la escogencia de la población. Hasta el momento se corrobora una prevalencia de los trastornos mentales similar a lo que informan los organismos de salud en la población general. (1, 2, 3, 19) Se comprobaron cinco casos de abuso de alcohol en el sexo masculino, en tanto que no apareció ninguno en el femenino, asunto que coincide con la información que dan los organismos pertinentes. [19] También ha surgido el dato siguiente: aunque el SCA prevalece en el sexo masculino, la severidad del mismo es mayor en la mujer, lo cual trae consigo, también, un mayor compromiso de salud para ésta. (16,17,18,19,24,25)

En la segunda etapa de este estudio se re-evaluará a la población que participa en el mismo; es de esperar que al concluirlo se pueda aportar algunas recomendaciones para hacer el intento de mejorar la calidad de vida de quienes sufren esta patología.

Referencias bibliográficas

1 http://www.who.int/mental_health/en/index/html Consulta: 04-07-2006

2 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs218/en/ Consulta 04-07-2006

3 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs265/en/ Consulta: 04-07-2006

4 Roth RD. Psychogenic Models of Chronic Pain. A Selective Review and Critique. En: Massie MJ. (Ed) Pain, What Psychiatrists Need to Know. Review of Psychiatry, Vol 19. APPI Washington DC, 2000

5 Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of Psychological Factors on the Pathogenesis of Cardiovascular Disease and Implications for Therapy. Circulation. 1999; 99:2192-2217

6 Frassure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression and 18-Month Prognosis After Myocardial Infarction. Circulation 1995;91:999-1005

7 Lesperance F, Frassure-Smith N, Talajic M, Bourassa MG. Five Year of Cardiac Mortality

Grafica 2. Distribución de los pacientes en estudio según diagnóstico cardiovascular final y sexo

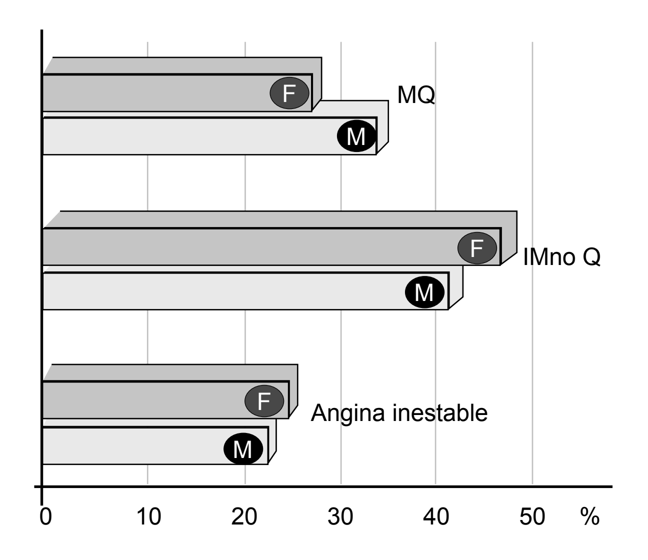


Tabla IV. Distribución de los pacientes según escala TIMI y Tr. Mental Presente o Ausente

Escala TIMI	TR M Ausente		Tr M Presente		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Riesgo Leve	36	44.4	10	35.7	46	42.2
Riesgo Moderado	19	23.5	10	35.7	29	26.6
Riesgo Severo	26	32.1	8	26.8	34	31.2
TOTAL	81	100.0	28	100.0	109	100.0

$Chi^2 = 1.63$ P = 0.44 (ns)

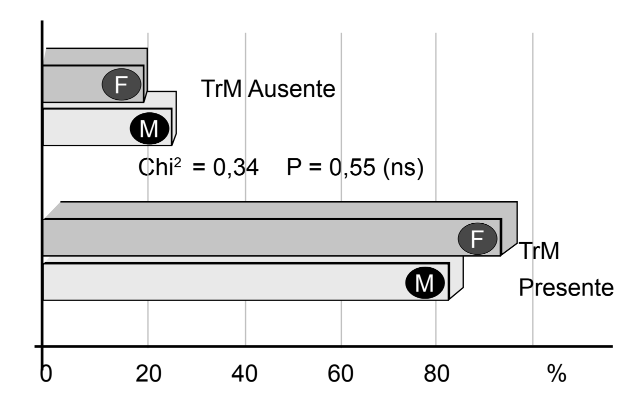
8 Morrow DA, Antman EM, Charlesworth A, Cairns R, Murphy SA, de Lemos JA, et al. TIMI Risk Score for ST Elevation Myocardial Infarction: A Convenient, Bedside Clinical Score for Risk Assessment at Presentation. Circulation 2000;102:2031-37

9 Grech ED, Ramsdale DR. Acute Coronary Síndrome: Instable Angina and non ST Elevation Myocardial Infarction. British Medical Journal. 2003;326:1259-1261

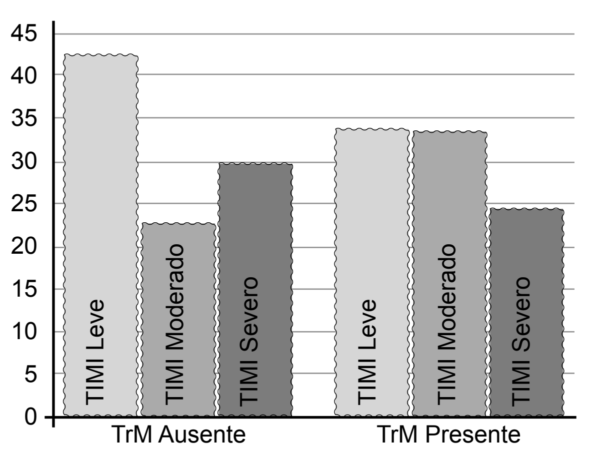
10 Acute Coronary Síndrome http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=17534&pf=3 Consulta: 02-07-2006

11 Frassure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression Following Myocardial Infarction. Impact on 6-Month Survival. JAMA, Oct 20, 1993 Vol 270, No. 15

Grafica 3. Distribución de los pacientes en estudio según TrM Presente y sexo



Grafica 4. Distribución de los pacientes según escala y Tr. Mental Presente o Ausente



[12] First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Guía del Usuario para la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV. SCID-I Masson España. 1999

[13] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. DSM-IV American Psychiatric Association. 1994

[14] Apples AD, Bär J, Bruggeman C, De Baets M. Inflamation, Depressive Symptomatology and Coronary Artery Disease. Psychosom Med 2000;62:601-605

[15] National Institute of Mental Health. CGI: Clinical Global Impressions. In: Guy W, Bonato RR, eds. Manual for the ECDEU Assessment Battery.2. Rev ed. Chevy Chase, Md: National Institute of Mental Health; 1970:12-1-12-6

[16] Tunstall-Pedoe H, Morrison C, Woodward M, Fitzpatrick B, Graham W. Differences in Myocardial Infarction and Coronary Deaths in the Scottish MONICA Population of Glasgow. Circulation 1996; 93:1981-1992

[17] Wilson PDF, Agostino RB. Prediction of Coronary Heart Disease Using Risk Factors Categories. Circulation 1998; 97:1837-1847

[18] Gender Differences in Recurrent Coronary Events. Schreiner PJ, Niemela M, Miettinen H, Mahonen M, Ketonen M, Immonen-Raiha P, et al. European Heart Journal. 2001;22:762-7768

[19] Desjerlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. Salud Mental en el Mundo. Problemas y Prioridades en Poblaciones de Bajos Ingresos. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 1998

[20] Antman EM, Cohen M, Bernink PJ, McCabe CH, Horacek T, Papuchis G, et al. Score for Unstable Angina/non ST Elevation MI: A Meted for Prognostication and Therapeutic Decission Making. JAMA 2000:284(7):876-8

[21] http://www.medscape.com/viewarticle/455502_2 Consulta 05-07-2006

[22] Kohn R, Levav I, Almeida JM,, et al. Mental Disorders en Latin America and the Caribean: A Public Health Priority. Rev Panam Salud Publica. Oct/Nov 2005;18(4-5):229-240 ISSN 1020-4989

[23] Chen W, Woods SL, Wilkie DL, Puntillo KA. Gender differences in Symptom Experiences of Patients With Acute Coronary Sindromes. J Pain Manage. 2005;30(6):553-562

[24] Wenger NK, Speroff L, Packard B. Cardiovascular Health and Disease in Women. N Engl J Med. 1993;329:247-256

[25] Wenger NK. Coronary Heart Disease: An Older Woman's Major Health Risk BMJ 1997;315:1085-1090

[26] Ketterer MW, Wulsin L, Cao JJ, Schairer J, Hakim A, Hudson M, et al. "Major Depressive Disorder, Coronary Heart Disease, and the DSM-IV Threshold Problem. *Psychosomatics* 2006;47:50-55

[27] Nakao M, Barsky AJ, Kumano H, Kuboki T. Relationship Between Somatosensory Amplification in a Japanese Psychosomatic Clinic. *Psychosomatics.* 2002;(60):43-55

[28] Kooiman CG, Vellinga SvanR, Spinhoven P, Draijer N, Trijsburg RW, Rooijmans HGM. Childhood Adversities as Risk Factors for Alexithymia and Other Aspects of Affect Dysregulation in Adulthood. *Psychother Psychosom 2004;73:107-116*



Carlos Larracilla/El destino

Jorge Posadas Escudero *
Dr. Carlos Rojas Malpica ‡

* Profesor del Departamento de Ciencias de la Conducta. Decanato de Medicina. Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado". Barquisimeto, Venezuela.
jposadae@hotmail.com

‡ Profesor Titular del Departamento de Ciencias de la Salud y del Doctorado en Ciencias Médicas. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.